

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限 ●年 ●月 ●日

交付年月日 ●年 ●月 ●日

被保険者番号

有効期限内であること。

似たような認定証として、「後期高齢者医療限度額適用認定証」や「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」は対象外となります。

被保険者番号

住所

札幌市●区●●

氏名

●● ●●

生年月日

●年●月●日

発行期日

●年●月●日

「区分Ⅰ」「区分Ⅱ」どちらも対象です。

適用区分

区分●

～～～

●●●

～～～

～～～

様式例です。
※本物の様式とは一部異なります。